

شهادة المصادر
والمصاريف

STATEMENT OF RESOURCES
AND EXPENSES

(الرجاء كتابة كل الأجوبة)

اسم القضية:			
اسم AP:			
قضية IV-D:			
I. معلومات شخصية			
4. رقم الهاتف:	3. رقم الضمان الاجتماعي	2. تاريخ الميلاد	1. اسمي بالكامل
6. الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> منفصل		5. عنوان سكني	
8. اسم الزوج/الزوجة		رمز البريد	7. المدينة
11. عدد الأطفال الذين يعيشون		10. تاريخ الزواج	
9. مكان الزواج			
II. معلومات العمل			
2. انا الآن <input type="checkbox"/> املك عمل خاص بي <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل <input type="checkbox"/> أعمل		1. المهنة	
رمز البريد	المدينة	المدينة	4. عنوان العمل
3. اسم الشركة			
رمز البريد	المدينة	المدينة	6. عنوان الاتحاد
5. اسم الاتحاد			
أ. التأمين الطبي/الاسنان للأطفال			
2. اسم وعنوان شركة التأمين		1. طبي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
4. اسم وعنوان شركة التأمين		3. أسنان <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
ب. امتلاك العمل شخصيا			
رمز البريد	المدينة	المدينة	2. عنوان العمل
1. اسم العمل			
4. رقم الضريبة الخاص بالعمل		3. نوع العمل <input type="checkbox"/> شركة <input type="checkbox"/> مشاركة <input type="checkbox"/> امتلاك العمل لوحدني	
5. ان حساب البنك لعملي هو في			

III. تابع معلومات الدخل والمصادر
ث. معلومات حساب البنك الشخصي

4. المبلغ المتبقي	3. رقم الحساب	2. اسم البنك والعنوان	1. نوع الحساب
		جاري	
		ادخار	
		حساب الإتحاد	
		أخرى	

ج. أسهم وودائع

3. القيمة الفعلية	2. عدد الأسهم	1. ملاحظات

ح. مبادي

اني املك أو سأشتري المبادي التالية (بالإضافة لموئي):		
3. القرض من	2. السنة التي تم شراء المبادي	1. عنوان أو الوصف القانوني

ح. ممتلكات شخصية

اني املك أو سأشتري الأشياء الشخصية التالي:					
6. المبلغ المتبقي من السعر.	5. العقد خاص بـ	4. رقم لوحة الأرقام والوصف	3. السنة	2. النوع	1. اسم أو نوع
					سيارة
					سيارة
					قارب/ماكينة
					عربة القارب
					المزل المتحرك
					كرفان للتخييم
					أخرى
					أخرى
					أخرى
					أخرى
					أخرى

IV. معلومات المصاريف الشهرية

أ. مساكن

1. اجار السكن او دفعات للمزل	
2. ضرائب وتأمين (إذا لم تكن مغطى في الدفعات السابقة	
المجموع الكلي للسكن (اجمع سطر رقم واحد واثنين)	

ب. احتياجات المنزل

1. تدفئة (غاز ووقود)	
2. كهرباء	
3. ماء، مجاري، قمامة	
4. هاتف	
5. أخرى: (اذكرها)	
المجموع الكلي (اجمع من سطر 1-5)	

ج. طعام

1. طعام لعدد _____ أشخاص	
2. وجبات يتم تناولها خارج المنزل	
3. أخرى: (اذكرها)	
المجموع الكلي (اجمع من سطر 1-3)	

ح. رعاية الأطفال

1. رعاية يومية للأطفال لعدد _____ من الأطفال	
2. ملابس	
3. تكاليف المرسلة لعدد _____ من الأولاد	
4. دفعات لمساعدة الأولاد ولا يعيشون معي	
5. مصاريف أخرى متعلقة بالأولاد (اذكره):	
المبلغ الكلي (اجمع من سطر 1-5)	

خ. مواصلات

1. دفعات السيارة او اجارها	
2. تأمين	
3. رخص	
4. وقود وتصليلات اعتيادية	
5. مصفات	
6. أخرى: (اذكرها)	
المجموع الكلي (اجمع من سطر 1-6)	

د. ملابس

1. ملابس عمل	
2. ملابس أخرى	
المجموع الكلي (اجمع سطر واحد واثنين)	

.IV. تابع معلومات المصاريف الشهرية ذ. رعاية صحية		
1.	مصاريف تأمين الأسنان والصحي	
2.	عدم تغطية التأمين للأسنان أو تقويمها والصحة والعيون	
3.	مصاريف أخرى غير مغطى بالتأمين (اذكرها):	
	المجموع الكلي (اجمع من سطر 1-3)	
س. شخصي		
1.	قص الشعر/تجميل	
2.	تعليم	
3.	كتب، جرائد ومجلات	
4.	أخرى: (اذكره)	
	المجموع الكلي (اجمع من سطر 1-4)	
ص. مصاريف شهرية أخرى		
1. مدفوع لـ	2. المبلغ المدان	3. الدفعات الشهرية.
		المبلغ الكلي للمصاريف الأخرى الشهرية والدفعات (اجمع السطور السابقة)
ش. المجموع الكلي للمصاريف الشهرية (اجمع مجموع كل المصاريف التي ذكرت من أ - ش)		
<p>اقر تحت عقوبة التزوير او التضليل تحت قانون ولاية واشنطن ان هذا الطلب صحيح ومعين على كل ما أعرف من معلومات. أعلم ان ولاية واشنطن قد تقاضيني في المحكمة إذا اعطيت معلومات خاطئة في هذا الطلب عمدا. أعلم ان المعلومات التي وفرتها هنا خاضعة تحت التأكيد من قبل مكتب الخدمات الصحية والاجتماعية.</p>		
العنوان		التاريخ